

## การมอบอำนาจสำหรับใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ โปรแกรมการรับเป็นบุตรบุญธรรมที่เป็นอิสระ

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ เกิดเมื่อ \_\_\_\_\_ ขอมอบอำนาจในที่นี้  
ชื่อบิดามารดาบิดามารดาตามกฎหมาย/บิดามารดาบังเกิดเกล้า วันเดือนปีเกิด

\_\_\_\_\_ เพื่อเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับ  
แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก โรงเรียน นักกายภาพบำบัด หรือหน่วยงาน

- ประวัติทางการแพทย์ สถานภาพทางจิตใจหรือร่างกาย การดูแลหรือการบำบัดรักษาของข้าพเจ้าแก่:
- ประวัติทางการแพทย์ สถานภาพทางจิตใจหรือร่างกาย การดูแลหรือการบำบัดรักษาของบุตรของข้าพเจ้า

ชื่อของบุตร

เกิดเมื่อ \_\_\_\_\_ แก่:

วันเดือนปีเกิด

- กระทรวงการบริการสังคม (CDSS)
- หน่วยบริการการรับเป็นบุตรบุญธรรมของมณฑลที่เป็นตัวแทน

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

เมือง รัฐ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์: ( ) \_\_\_\_\_

### ผู้มีอำนาจในการปลดปล่อยข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วย การจำกัด/ช่วงระยะเวลา/สิทธิตามกฎหมาย

การอนุญาตของข้าพเจ้าจำกัดให้มีการเปิดเผยข้อมูลนี้เฉพาะหน่วยงานที่ระบุชื่อไว้ข้างต้นเพื่อวัตถุประสงค์ของแผนการการรับเป็นบุตรบุญธรรม การอนุญาตนี้จำกัดแต่เฉพาะประเภทของข้อมูลทางการแพทย์ดังต่อไปนี้:

- ข้อมูลและประวัติทางการแพทย์  ข้อมูลและประวัติทางจิตวิเคราะห์และสังคม
- ผลการทดสอบหรือการตรวจสอบ
- ข้อมูล และ/หรือ การอธิบายอื่นๆ: \_\_\_\_\_

- ข้าพเจ้ามอบอำนาจการปลดปล่อยข้อมูลโดยเฉพาะจากประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้า/ของบุตรของข้าพเจ้า
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้อมูลที่เปิดเผยตามการอนุญาตนี้ อาจถูกนำไปเปิดเผยโดยผู้รับข้อมูลและอยู่นอกการคุ้มครองตามกฎหมายของรัฐบาลกลางว่าด้วยการปกปิด อย่างไรก็ตาม การใช้และการเปิดเผยของข้อมูลนี้ต่ออยู่ภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมายครอบครัวมาตรา 9200 และมาตราต่อไป (Family Code Section 9200) และข้อที่ 22 ตามข้อกำหนดของกฎหมายของรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Code of Regulation) มาตราที่ 35079 มาตรา 35049 และมาตราต่อไป
- การอนุญาตนี้อาจถูกเพิกถอนในเวลาใดก็ได้ การเพิกถอนของข้าพเจ้าจะมีผลต่อเมื่อได้รับแต่จะไม่มีผลในการใช้หรือการเปิดเผยที่มีขึ้นในระหว่างที่การอนุญาตของข้าพเจ้ายังมีผลตามกฎหมาย
- การอนุญาตนี้จะมีผลบังคับใช้ทันทีและจะหมดอายุการใช้งานในหนึ่งปีนับจากวันที่เซ็นชื่อ
- สำเนาและต้นฉบับการปลดปล่อยนี้จะมีผลบังคับใช้เช่นเดียวกัน
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิในการรับสำเนาการอนุญาตนี้

ลายเซ็น: \_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_

เอกสารนี้เป็นไปตามข้อกำหนดความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของกฎหมายว่าด้วยความสามารถในการโอนถ่ายและความรับผิดชอบของการประกันสุขภาพ (HIPAA)